

14
Q M.

CM 014

CARCINOMA BRÔNQUICO
ESTUDO DESCRITIVO DE 60 CASOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CARCINOMA BRÔNQUICO
ESTUDO DESCRITIVO DE 60 CASOS

ANA CRISTINA GOMES MANFRIM CAPANO*
CRISTIANE CORREIA LIMA*

Doutorandas da 12ª Fase do curso
Graduação em Medicina

Florianópolis, novembro de 1988

SUMÁRIO

RESUMO	01
INTRODUÇÃO	03
CASUÍSTICA E MÉTODOS	08
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÃO	25
ABSTRACTS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

AGRADECIMENTOS

- Ao Dr. OTHMAR BAUER, pela dedicação e orientação que nos dispensou para a realização deste trabalho.
- À Dra. ROSANA LEAL MARCON LEONETTI, agradecemos pela ajuda na aquisição das bibliografias.
- À Arquiteta KÁTIA M. VERAS pela configuração dos Gráficos.
- Ao Senhor MAURINO do SAME Hospital Nereu Ramos, pela boa vontade no fornecimento dos prontuários.

RESUMO

Realizou-se um levantamento retrospectivo de 60 casos de Carcinoma Brônquico internados no período de janeiro de 1987 à junho de 1988, no Hospital Nereu Ramos, com confirmação anátomo-patológica.

Houve um predomínio masculino de 3:1. A idade média de incidência foi de $59 \pm 21,8$ anos.

O tipo histológico mais frequente foi o Carcinoma Epidermóide com 61,7% seguido pelo Adenocarcinoma e indiferenciado de pequenas células, entretanto o Adenocarcinoma foi o tipo histológico predominante entre as mulheres.

O Carcinoma Epidermóide incidiu mais entre os tumores centrais, enquanto o Adenocarcinoma predominou entre os periféricos.

A tosse foi o sintoma mais frequente nos tumores centrais e a dor torácica nos periféricos.

Houve menor índice de operabilidade entre as neoplasias periféricas comparadas as de localização central, sendo que os casos avançados de Carcinoma Bronco_{gênico} predominaram em nossa amostra.

Concluiu-se neste estudo que os tumores clini

camente manifestos apresentam menores chances de ressecabilidade e que os sintomas nestas condições não são significativamente dependentes de sua localização.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Brônquico (CAB) é uma neoplasia primária que se origina do epitélio brônquico ou bronquíolo alveolar e das glândulas da mucosa brônquica, constituindo 90% de todos os tumores pulmonares⁽¹³⁾. ADLER, em 1912, reuniu somente 374 casos de CAB que haviam sido reportados na literatura médica até aquela data, considerando-o como uma doença incomum^(13,14,17,19). A partir de 1930 mais pessoas morreram por câncer de pulmão que todos os tipos de câncer combinado⁽¹¹⁾. Nenhum grupo populacional ficou livre do CAB que é a principal causa de óbito^{POr CANCER} em homens acima de 35 anos e a segunda em mulheres nesta faixa etária, sendo superada apenas pelo CA de mama^(13,14). Em 1986, o CAB já superava o CA de mama como causa de morte em mulheres nos Estados Unidos⁽¹⁷⁾. Nos últimos anos a incidência dos outros tumores diminuiu ou estabilizou-se, ao passo que o CAB é a neoplasia que mais cresce anualmente junto com a disseminação do uso de cigarros particularmente no Terceiro Mundo. Aproximadamente a cada 15 anos duplica a taxa de morte por CAB em ambos os sexos^(13,14). Se esta tendência persistir, ele será a

neoplasia de maior incidência e morbidade para ambos os sexos no ano 2000^(13,14).

Os quatro principais tipos histológicos incluem carcinoma epidermóide, indiferenciado de pequenas células, adenocarcinoma e o indiferenciado de grandes células que constituem 95% das neoplasias pulmonares^(13,14). O carcinoma epidermóide é o mais frequente dos tumores seguido pelo adenocarcinoma e indiferenciado de grandes e pequenas células⁽¹⁷⁾.

O fumo é isoladamente o fator mais importante dentro da etiologia do CAB. Oitenta a 85% das pessoas que morrem desta patologia tem este como fator causal direto. A exposição ocupacional a outros agentes também tem sido associado com o carcinoma de pulmão⁽¹¹⁾. Os carcinógenos implicados neste processo incluem radioisótopos, asbesto, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, cromo, níquel, cobre, arsênico inorgânico, ferro mineral e outros poluentes ocupacionais atmosféricos. Existem ainda trabalhos relacionando o desenvolvimento do CAB em áreas de fibrose pulmonar^(13,14), porém outros autores afirmam que a cicatriz pulmonar é consequência e não causa do tumor⁽⁵⁾. Como poucas pessoas com carcinoma de pulmão são expostas a um carcinógeno associado à ocupação, assim como somente 10% dos fumantes desenvolvem neoplasia pulmonar, outros fatores desconhecidos parecem agir, sendo que um destes pode ser genético^(11,12).

O diagnóstico do CAB requer detecção do tu-

mor, estabelecimento do tipo histológico e definição do estadio da doença. A presença desta neoplasia é usualmente sugerida por alterações radiográficas que acarretam em investigações mais específicas. O exame mais simples para a determinação do tipo histológico é a pesquisa de células neoplásicas no escarro, porém um resultado negativo nunca pode ser considerado como garantia definitiva de ausência de CAB. Com o advento da broncoscopia houve grande contribuição, não só para a obtenção de um diagnóstico histológico, mas também auxiliar no estadiamento tumoral. A combinação de escovado, lavado e biópsia realizados através da broncoscopia fornecerá uma positividade de 90 a 93% em tumores localizados na árvore brônquica proximal, no entanto, tal índice é menor em lesões periféricas^(13,14,17). Nestes casos lança-se mão da aspiração por agulhas trans-brônquica⁽¹⁸⁾ ou transtorácica, que se negativa, impõe a necessidade de toracotomia^(13,14,17). Por fim, a tomografia computadorizada é o método não invasivo mais utilizado no momento para estadiamento clínico neoplásico^(7,17,20).

Em relação ao tratamento dos tumores "non-small cell" tanto a cirurgia quanto a radioterapia podem beneficiar o paciente, mas a quimioterapia ainda é experimental⁽¹⁷⁾. Na maioria das vezes, a ressecabilidade da neoplasia é determinada pela extensão das metástases linfonodais. Desta maneira, apenas os estádios I e II da classificação da OMS⁽¹⁷⁾ são passíveis

de cirurgia curativa. Uma vez que a incidência deste CA ocorre em uma população idosa num percentual significativo, a indicação cirúrgica está baseada em 4 questões fundamentais, como a atividade biológica do carcinoma, expectativa de vida, risco de toracotomia e valor da ressecção⁽²⁰⁾. YELLIN e cols⁽²⁰⁾ afirma em seus estudos que, embora o risco cirúrgico do paciente idoso seja 2 vezes mais o do paciente jovem, as chances de morte destes idosos submetidos à toracotomia nos anos 80 parecem ser as mesmas para jovens submetidos à cirurgia durante a década de 60 a 70. Portanto, pessoas mais velhas merecem a oportunidade de cura pela ressecção. A radioterapia pode ser utilizada como complemento cirúrgico e para amenizar as manifestações de tumores avançados. Um pequeno número de pacientes com doença limitada ao tórax se beneficiam da radiação como tratamento curativo⁽¹⁷⁾. No carcinoma indiferenciado de pequenas células a quimio e a radioterapia constituem o tratamento de escolha. A ressecção cirúrgica tem pouco, se algum, papel no tratamento, porque no momento da detecção do tumor geralmente já existe disseminação além dos limites cirúrgicos. Este tipo histológico é altamente responsivo à quimioterapia, podendo-se utilizar uma terapia moderadamente agressiva com o esquema de associação de pelo menos 3 quimioterápicos, inicialmente dado como tentativa de erradicação do tumor em neoplasias localizadas⁽¹⁴⁾. Modalidades combinadas de radio e quimioterapia podem ser usadas

em doença limitada, entretanto, isto ainda está em estudo. A radioterapia também é indicada na profilaxia de metástases no SNC, sendo reservada a pacientes que apresentem uma completa resposta quimioterápica e doença restrita ao tórax. Assim como nos tumores "non-small cell" este tratamento também é utilizado paliativamente a fim de minimizar as complicações provenientes das metástases⁽¹⁷⁾.

Não há dúvidas que o carcinoma brônquico constitui um problema de saúde mundial que acomete não só os países desenvolvidos, mas cuja tendência é explodir no Terceito Mundo. Porém por ser um fenômeno crescente com alta taxa de mortalidade, as autoras visam estudar o comportamento clínico do CAB explorando a relação entre a apresentação da doença e sua origem dentro das estruturas pulmonares.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo de 60 pacientes internados no Hospital Nereu Ramos no período de janeiro de 1987 à junho de 1988 com o diagnóstico de Carcinoma Brônquico. Selecionou-se apenas os casos com documentação radiográfica, broncoscópica e anátomo-patológica completa.

A nomenclatura histológica de cada neoplasia seguiu o sistema da Organização Mundial de Saúde editada em 1982⁽¹⁾.

O tumor primário foi classificado como central quando visualizado diretamente pela broncofibroscopia ou se sua localização fosse no terço central do pulmão na radiografia de tórax. Todas as demais lesões foram classificadas como periférica⁽⁷⁾.

No que se refere a sintomatologia, foi considerado Síndrome do Abscesso Pulmonar os casos de febre, tosse, expectoração mucopurulenta com sinais radiográficos de escavação pulmonar. Os pacientes com história de broncopneumonia de repetição ou manifestações de tosse, expectoração mucopurulenta, febre associada a sinais radiológicos de diminuição do volume pul

monar foram considerados portadores de broncopneumonia obstrutiva. Como a grande maioria dos pacientes não sabiam precisar a intensidade e o tempo da perda de peso, foram computados os casos em que este sintoma constituiu-se uma queixa.

Foram submetidos a torocotomia aqueles pa-cientes considerados com chance de ressecabilidade tu-moral após estadiamento clínico. Não foi considerado o número de tumores ressecados dentre os submetidos a cirurgia.

Os tumores foram estadiados segundo a clas-sificação recomendada pela American Joint Comi~~ttee~~tee for Cancer Staging editado em 1979^(13,20).

No estadiamento clínico, realizou-se, além da anamnese e exame físico, as dosagens de Fosfata-se Alcalina, Bilirrubinas e Transaminases, Radiogra-fias e Cintilografias ósseas, Tomografia simples de t^orax, Cintilografia cerebral, Ultrassonografia abdomi-nal, Tomografia computadorizada e Broncoscopia.

RESULTADOS

Nos 60 casos analisados 45 eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino, obtendo-se uma proporção de 3 homens para cada mulher acometida por CAB (TABELA 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS HISTOLÓGICOS POR SEXO NOS 60 CASOS DE CA BRÔNQUICO DIAGNOSTICADOS. JAN.1987 À JUNHO 1988.

TIPO HISTOLÓGICO	S E X O			
	MASCULINO		FEMININO	
	Nº	%	Nº	%
CA EPIDERMÓIDE	32	71,0	5	33,3
ADENO CA	5	11,0	6	40,0
INDIF. PEQ. CELS	7	15,6	3	20,0
INDIF. GRANDES CELS	1	2,4	0	0
ADENOSCAMOSO	0	0	1	6,7
TOTAL	45	100	15	100

A idade média global foi de $59 \pm 21,8$ anos , sendo que entre as mulheres esta média foi de 58 anos enquanto entre homens foi de 61 anos.

O tipo histológico mais freqüente foi o carcinoma epidermóide com 37 casos (61,7%) seguido pelo adenocarcinoma com 11 casos (18,3%) e o indiferenciado de pequenas células com 10 casos (16,6%) (FIGURA 1).

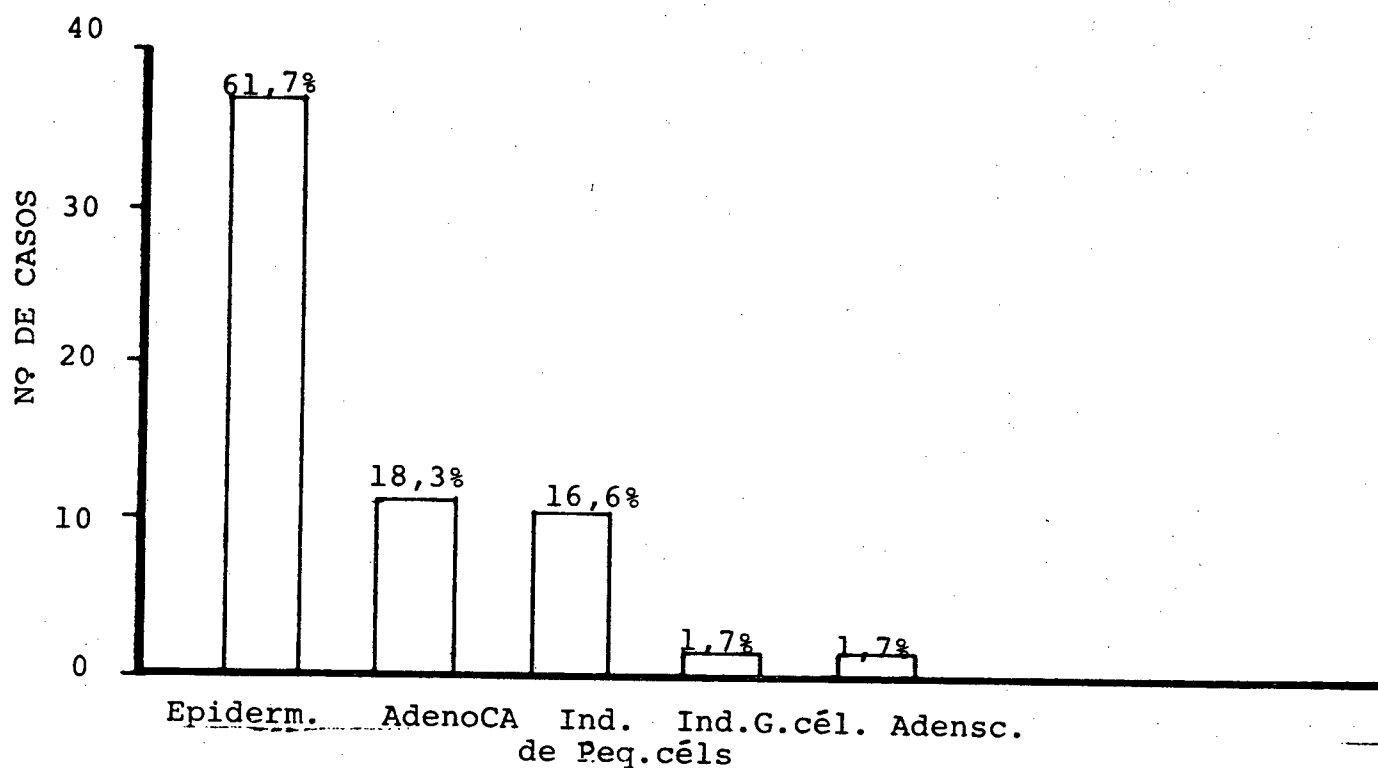


FIG.1:DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS TIPOS HISTOLÓGICOS DOS 60 CASOS DE CA BRÔNQUICO DIAGNOSTICADOS DE JAN. 1987A JUN.1988-HNR.

O carcinoma epidermóide predominou entre os homens enquanto o adenocarcinoma foi o tipo histológico mais frequente entre as mulheres. Estes dados estão registrados na tabela 1.

Em relação ao tabagismo, 97,3% das pessoas acometidas pelo carcinoma epidermóide e 100% daqueles

com carcinoma indiferenciado de pequenas células, em nossa casuística eram grandes fumantes. Este hábito não foi tão frequente entre os indivíduos com adenocarcinoma onde apenas 54,5% fumavam (FIGURA 2).

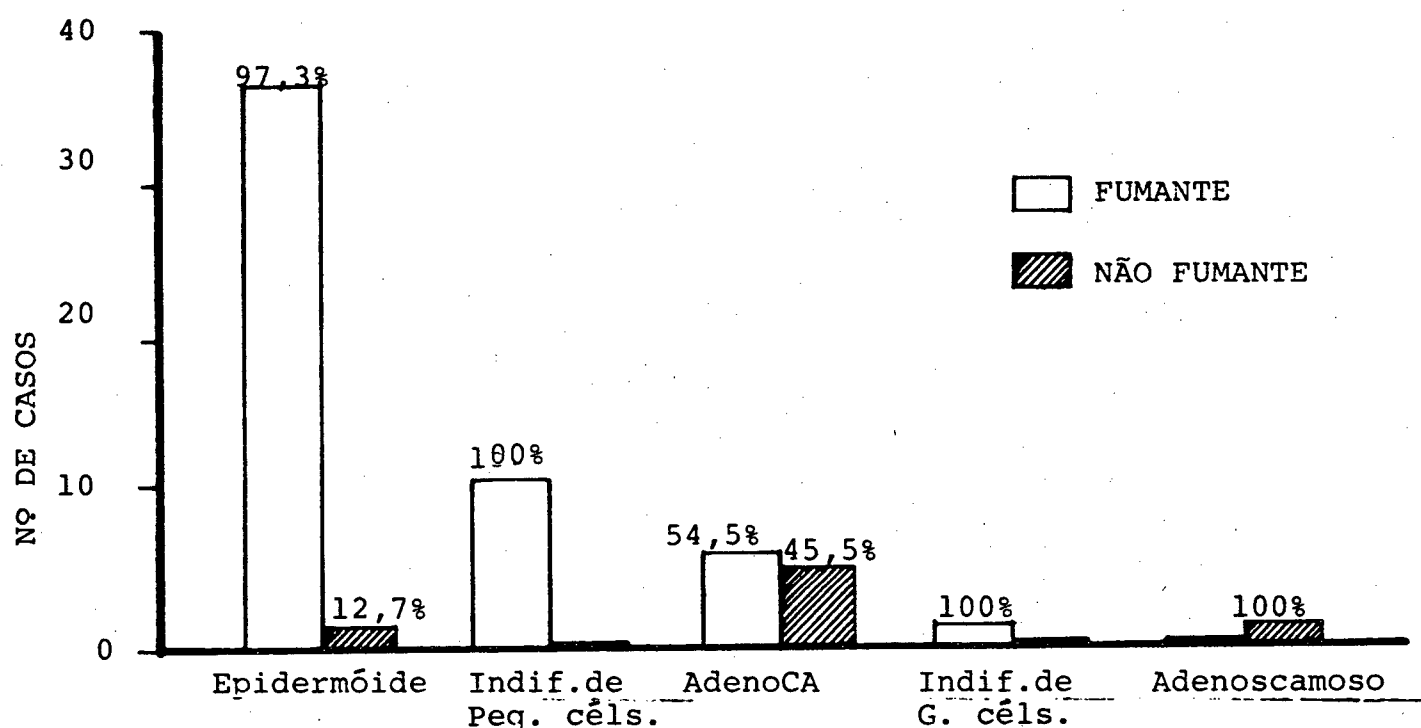


FIG.2: RELAÇÃO ENTRE O TIPO HISTOLÓGICO E O HÁBITO DE FUMAR NOS 60 CASOS DE CA BRÔNQUICO DIAGNOSTICADOS DE JAN. 1987 a JUN. 1988, HNR.

Analisando-se as localizações dos principais tipos histológicos, 65,4% dos tumores centrais eram epidermóide, enquanto 62,5% dos tumores periféricos eram adenocarcinoma (TABELA 2).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO TIPO HISTOLÓGICO EM RELAÇÃO AO LOCAL DE ORIGEM DOS 60 CASOS DE CA BRÔNQUICO DIAGNOSTICADOS DE JAN.1987 A JUNHO DE 1988 - HNR - SC

TIPO HISTOLÓGICO	CENTRAL		PERIFÉRICA	
	Nº	%	Nº	%
CA EPIDERMÓIDE	34	65,4	3	37,5
INDIF. PEQ. CÉLS	10	19,2	0	0
ADENO CA	6	11,4	5	62,5
INDIF. DE GRANDES CÉLS	1	2	0	0
ADENOSCAMOSO	1	2	0	0
TOTAL	52	100	8	100

Na tabela 3 correlaciona-se as principais manifestações clínico-radiológicas com o local de origem.

TABELA III - CORRELAÇÃO ENTRE AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E A ORIGEM DOS 60 CASOS DE CA BRON - QUICO DIAGNOSTICADOS ENTRE JAN. 1987 A JUNHO DE 1988

SINTOMAS	CENTRAL		PERIFÉRICO	
	Nº	%*	Nº	%**
DOR TORÁCICA	38	73	8	100
TOSSE	39	75	5	63
DISPNEIA	29	56	7	88
HEMOPTISE	25	48	4	50
BPN OBSTRUTIVA	20	39	1	13
SIND. ABSCESSO PULM.	5	10	1	13
DISFAGIA	3	6	0	0
DISFONIA	7	14	0	0
PERDA DE PESO	37	71	5	63

* Percentual do total de 52 casos de TU centrais

** Percentual do total de 8 casos de TU periféricos

Apenas 24% dos indivíduos submetidos ao estadiamento clínico foram toracotomizados, pois o restante já apresentavam sinais evidentes de irressecabilidade. Entre aqueles com neoplasia periférica, apenas 12,5% foram à torocotomia em comparação com 34,4% dos tumores centrais (FIGURA 3)

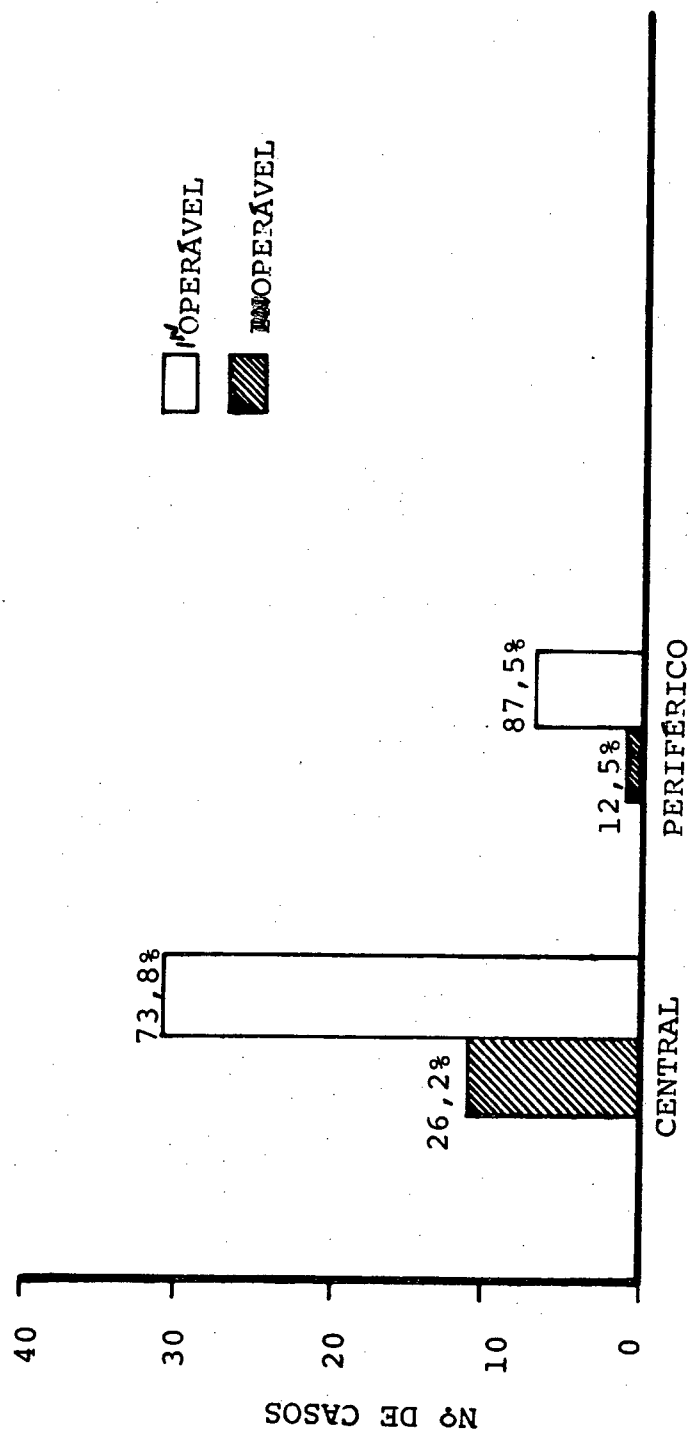


FIG. 3: RELAÇÃO ENTRE A LOCALIZAÇÃO E A OPERABILIDADE DOS 60 CASOS DE CA BRÔNQUICO DIAGNOSTICADOS DE JAN. 1987 A JUN. 1988- HNR.

DISCUSSÃO

Em nossa casuística, o CAB predominou no sexo masculino numa relação de 3:1. Estes resultados foram reproduzidos por outros autores^(1,11,13,14,17,19). Todavia ANDREWS e cols⁽¹⁾ em seus estudos observaram um aumento da incidência de neoplasias pulmonares no sexo feminino, alterando a proporção homem/mulher de 6,8 para 1,8:1, no período de 1957 a 1980, sendo que este aumento não foi acompanhado pelo sexo masculino. Esta tendência a igualar a incidência entre os sexos é de difícil análise. Quando o fumo foi introduzido na sociedade humana, este hábito foi considerado como uma atitude restrita aos homens. Hoje na atualidade observa-se apenas um efeito já estabelecido do tabagismo sobre a incidência de CAB no sexo masculino. No entanto, somente a partir da II Guerra Mundial, com a explosão do consumismo principalmente nos Estados Unidos da América é que as mulheres lançaram mão de dividir não só o mercado de trabalho como também o hábito de fumar. Portanto o aumento da incidência de CAB na mulher acompanhou a popularização do fumo entre este sexo, sendo que as taxas atuais são re-

flexos da consequente mudança de hábito ocorridas no início da década de 40.

Além disso, as mulheres ocupam um papel de fumantes passivos em ambiente domiciliar, cujo risco de CAB nestes casos é diretamente proporcional à quantidade de cigarros fumados pelos maridos, segundo estudo realizado por HIRAYAMA no Japão (APUD 1).

Só não encontramos explicações do porquê, sendo a mulher exposta aos mesmos agentes que o homem, nelas predominam o adenocarcinoma e nos homens o carcinoma epidermóide^(1,11).

Em relação a idade, observou-se que os tumores incidiram mais por volta de 60 anos, com uma faixa de acometimento entre 37 e 80 anos de idade. Tais resultados também foram encontrados por outros autores^(11,12,13,14,19).

Estes achados sugerem, como no estudo de WYNDER e GRAHAM (APUD 11), há necessidade de um período de latência de 20 a 25 anos de exposição ao carcinógeno que explicam a alta incidência de CAB nesta faixa etária. O CAB em adultos jovens tem sido bem documentado. A revisão de ROVIARO e cols⁽¹⁶⁾ num estudo de 1514 casos encontraram 10% de carcinoma em pessoas com menos de 45 anos. Eles concluíram que o percentual de neoplasia em adultos nesta faixa etária não está aumentando e não há diferença significativa na sobrevivência dos pacientes com tumor descoberto antes e após esta idade.

Quanto ao tipo histológico, o carcinoma epidermóide foi o mais freqüente, totalizando 61,7% dos

casos seguido pelo adenocarcinoma e o indiferenciado de pequenas células, resultado este coincidente com a literatura pesquisada^(6,11,13,14,17,19,21). O carcinoma epidermóide é a forma mais intimamente relacionada com antecedentes de tabagismo, sendo este último responsável por modificações no epitélio brônquico^(2,22). A agressão contínua da mucosa brônquica pelo fumo acarreta, na grande maioria das vezes, em metaplasia escamosa e com a persistência deste estímulo carcinógeno poderá haver transformação desta metaplasia em displasia. Uma vez que a displasia se faz num tecido escamoso metaplásico, e considerando que a neoplasia nasce de tecido displásico, é de se esperar que o carcinoma epidermóide seja o mais comum^(13,15). Em relação aos demais tumores o adenocarcinoma é o segundo mais freqüente. No entanto, alguns trabalhos (APUD¹¹) evidenciaram que o adenocarcinoma vem aumentando sua incidência, ao passo que o epidermóide vem diminuindo, chegando em alguns estudos haver predominância do adenocarcinoma. Nos autores pesquisados não encontrou-se uma justificativa aceitável para este aumento da taxa de adenocarcinoma, porém tal incidência não foi observada em nossa casuística. Em nosso levantamento o carcinoma indiferenciado de pequenas células ocorreu em 16,6% dos casos. Estes valores aproximam-se dos publicados^(11,13,14,16,17,19,21). Segundo VALAITIS e cols⁽²¹⁾ a freqüência deste tumor está diminuindo, porém não se observa oscilação significativa deste percentual, sugerindo uma estabilização na

incidência deste tumor.

Em nosso estudo, houve uma maior prevalência do sexo masculino nos tipos epidermóide e indiferenciado de pequenas células, enquanto no adenocarcinoma não constatou-se predominância entre os sexos. Todavia, entre as mulheres pesquisadas o adenocarcinoma foi a neoplasia mais encontrada o que não contraria com a literatura (1,6,11,13,14,16,17,19,21).

Correlacionando-se o tabagismo com os tipos histológicos, 97,3% das pessoas acometidas pelo carcinoma epidermóide e 100% daqueles com indiferenciado de pequenas células tinham o hábito de fumar, entretanto, este número não foi pronunciado nos portadores de adenocarcinoma, onde 54,5% fumavam. É indiscutível a relação entre o CA epidermóide e de pequenas células com o fumo baseado no trabalho de outros autores (1,2,6,11,13,14,16,17,19,22). Apesar destes achados, o nosso trabalho não pode concluir tal relação, visto que não apresentamos comparação com grupo controle. No entanto, se analisarmos nossa casuística confrontando com os dados da literatura podemos sugerir que o fumo foi o principal agente causal de carcinoma epidermóide e indiferenciado na população estudada, visto que não conseguimos dentre os dados levantados incriminar outro carcinógeno conhecida^{mente} responsável. Da mesma forma, o fato de não observarmos a alta frequência de fumantes no adenocarcinoma comparado com estes dois tipos histológicos nos permite supor a ausência de relação entre o tabagismo e a gênese

do adenocarcinoma.

O carcinoma epidermóide e indiferenciado de pequenas células foram frequentemente de localização central, por outro lado, o adenocarcinoma não predominou em nenhum local. Estes resultados em relação ao carcinoma epidermóide e o indiferenciado de pequenas células conferem com os da literatura^(11,13,14,17). O fato do cigarro estar ligado à etiologia dos dois primeiros nos permite explicar tal incidência. Além da nicotina e do alcatrão, o cigarro possui partículas radioativas, e esses elementos ao serem inalados se chocam, acumulando-se nas bifurcações brônquicas, predispondo à formação de tumor neste local⁽¹¹⁾. Já o adenocarcinoma é predominantemente periférico, segundo a literatura, correspondendo a taxas de até 92%⁽¹¹⁾. Alguns autores explicam este fato pela íntima relação do adenocarcinoma com cicatriz pulmonar, cuja localização é geralmente periférica⁽¹¹⁾. Porém, apenas 45,6% das nossas amostras de adenocarcinoma eram periféricas, apesar de ser o mais frequente entre os tumores periféricos. Esta discordância com a literatura, deve-se provavelmente ao diagnóstico tardio, acarretando num crescimento tumoral proximal com exteriorização através dos brônquios de uma neoplasia originariamente periférica.

Muitos pacientes com CAB apresentam algum sintoma que os levam a procurar auxílio médico, somente 5 a 15% são assintomáticos quando o CAB é diagnosticado⁽¹⁷⁾. Os tumores centrais frequentemente se apresentam com sintomas referentes às vias aéreas como tosse,

dispnéia e hemoptise, enquanto os periféricos são geralmente assintomáticos ou se exteriorizam através de dor torácica^(17,19). Na nossa casuística a manifestação clínica mais frequente em neoplasias centrais foi a tosse em 75% dos casos e nas periféricas foi a dor torácica que ocorreu em 100% dos casos. Sendo a tosse o sintoma mais comum no tumor central é importante salientar que geralmente, os pacientes portadores de CAB também apresentam outras doenças dependentes do tabagismo como a DPOC tornando esta queixa frequente e de longa data. Porém, a tosse decorrente da neoplasia promove mudanças nas suas características que passa a ter caráter irritante ou vem acompanhada de maior quantidade de expectoração ou mesmo hemoptise. Da mesma forma, complicações consequentes à obstrução brônquica parcial pelo tumor, levando a infecção, podem perpetuar ou agravar tal sintoma. Já no tumor periférico a tosse pode ser apenas uma manifestação de patologia subjacente ou por acometimento metastático de estruturas mediastinais⁽¹⁹⁾. A dor torácica foi o sintoma mais frequente entre as neoplasias periféricas e ocupou o 2º lugar entre as centrais^(73%). Este sintoma pode ser atribuído a vários fatores, entre eles o envolvimento pleural ou mesmo costal, seja por extensão local do tumor ou metástase. Nem sempre esta queixa se deve à envolvimento intra torácico, como por exemplo em um paciente de nossa amostra que referia dor em tórax, na realidade, apresentava metástase para vértebra torácica, obtendo alívio após radioterapia da mes

ma. A dispnéia ocorre, usualmente, quando a neoplasia oclui um brônquio calibroso, ficando excluído funcionalmente ampla porção de parênquima respiratório, como também, pode ser consequência do comprometimento do nervo frênico acarretando em paralisia diafragmática e dificuldade na incursão respiratória. A presença de derrame pleural metastático volumoso pode restringir a capacidade levando também a dispnéia^(17,19). Em relação a hemoptise, sua frequência foi similar em ambas as localizações. Quando relacionada à presença de CAB costuma ser pequena e é geralmente referida como "escarros hemáticos" ou como "raias de sangue no escarro" e se deve à úlceração ou necrose tumoral⁽¹⁹⁾. A broncopneumonia obstrutiva predominou nos tumores centrais, como já era esperado, sendo decorrente de semi obstrução secundária a tumor vegetante na luz ou estenose concêntrica, o que leva à retenção de secreção na porção distal, à esta com consequente infecção. Logo, pacientes fumantes, acima de 40 anos com história de infecção respiratórias de repetição, principalmente se localizadas, constituem forte indício da existência de CAB⁽¹⁹⁾. A síndrome do abscesso pulmonar ocorreu apenas em tumores epidermóides, independentemente da localização, sendo portanto uma característica deste tipo histológico. Sintomas referentes à disseminação neoplásica como emagrecimento, disfagia e disfonia foram mais incidentes nos tumores centrais, embora em pequena percentagem. Isto se deve principalmente ao fato de que 20% dos carcinomas centrais

eram indiferenciados de pequenas células e que como se sabe, estes tumores em 80 a 90% dos casos já apresentam metástases quando diagnosticadas ⁽¹⁷⁾. Baseando-se nos dados da TAB. 3 observa-se que não existe praticamente predomínio da sintomatologia em relação ao sítio de origem do tumor. Isto se deve principalmente ao fato de que a grande maioria dos tumores foi diagnosticada por apresentar sintomas e, portanto, já atingiam estádios mais avançados. Na FIG. 3 constata-se que os tumores periféricos apresentaram um percentual maior de inoperabilidade, ou seja, no estadiamento clínico já evidenciou-se sinais de irresssecabilidade e, como já foi dito, grande parte dos tumores periféricos apresentavam sintomatologia. Logo a verificação de manifestações clínicas em tumores periféricos prediz um prognóstico pior. Ao analisarmos a taxa de operabilidade dos tumores centrais e periféricos evidencia-se um baixo percentual de operabilidade. E destes submetidos à torocotomia, poucos muito provavelmente serão considerados ressecáveis, o que demonstra que o diagnóstico do CAB em nosso meio está sendo feito em fase tardia de evolução, não permitindo à maioria dos pacientes a chance de um tratamento curativo. Isto também ocorre nos países desenvolvidos. A alta incidência de CAB entre fumantes crônicos levantou a questão de se fazer algum tipo de programa de seguimento para este grupo de alto risco com a finalidade de diminuir a taxa de mortalidade. Foi então realizado um grande estudo multicêntrico a fim de estabelecer um método de detecção precoce de CAB e assim aumentar as taxas

de sobrevida^(3,4,8,9,10). Foi então utilizado o Rx de tórax isolado ou associado à citologia de escarro aplicados em pacientes de risco e se obteve um bom índice diagnóstico, porém não se observou redução na taxa de mortalidade a longo prazo. Por fim, apesar de ser uma patologia muito explorada e estudada, o CAB permanece como um desafio médico pois sua incidência ainda não foi controlada,^o apesar de já existirem métodos preventivos e não se encontrou meios de diagnóstico precoce que compensassem a relação custo-benefício.

CONCLUSÃO

- O Carcinoma Epidermóide foi o tipo histológico mais freqüente.
- Os tumores se localizaram predominantemente na porção central.
- A grande maioria dos CAB apresentavam-se em estadio avançado.
- Em tumores de estadio avançado a sintomatologia pouco se correlaciona com a localização.

ABSTRACT

The authors present a retrospective study of 60 cases with a histologically confirmed diagnosis of lung cancer occurred at Nereu Ramos Hospital from january 1987 to june 1988.

We observed a predominance among male patients in a proportion of 3:1. The middle age was $59 \pm 21,8$ yearsold.

The squamous cell carcinoma was the histologic type most commonly found (61,7%) followed by adenocarcinoma and small cell indiffereniated, however the adenocarcinoma predominated in women. The squamous carcinoma was the tumor most frequently found among central neoplasms and the adenocarcinoma predominated in peripheral tumors. Cough was the most frequent presenting symptom in central tumors and chest pain in the peripheral tumors.

The rate of operability was littler in peripheral neoplasms than in central neoplasms.

We concluded that symptoms have little correlation with the localization in advanced-stage disease.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANDREWS Jr., J.L.; BLOOM, S.; BALOGH, K. & BEAMIS JR., J.F. ____ Lung Cancer in Women Lahey Clinic Experience, 1957-1980. Cancer, 55: 2894, 1985.
02. AUERBACH, O.; HAMMOND, E.C. & GARFINKEL, L. ____ Chances in Bronchial Epithelium in Relation to Cigarette Smoking, 1955-1960 vs. 1970-1977. N. Engl. Med., 300: 381-6, 1979.
03. BERLIN, N.I.; BUNCHE, C.R.; FONTANA, R.S.; FROST, J.K. & MYRON, R.M. ____ The National Cancer Institute Cooperative Early Lung Cancer Detection Program. Early Lung Cancer Detection: Introduction. Am. Rev. Resp. Dis., 130: 545-9, 1984.
04. BAILAR III, J.C. ____ Editorials: Screening for Lung Cancer - Where are we now? Am. Rev. Resp. Dis. 130: 641-2, 1984.
05. CAGLE, P.T.; COHLE, S.D. & GREENBERG, S.D. ____ Natural History of Pulmonary Scar Cancer: Clinical and Pathologic Implications. Cancer, 56:2031-5, 1985.

06. CHUTE, C.G.; GREENBERG, E.R.; BARON, J.; KORSON, R.; BAKER, J. & YATES, J. ____ Presenting Conditions of 1539 Population - Based Lung Cancer Patients by Cell Type and Stage in New Hampshire and Vermont. Cancer, 56: 2107-11, 1985.
07. FALING, L.J.; PUGATCH, R.D.; JUNG-LEGG, Y.; DALY Jr, B.D.T.; HONG, W.K.; ROBBINS, A.H. & GORDON, L.S. ____ Computed Tomographic Scanning of the Mediastinum in the Staging of Broncogenic Carcinoma. Am. Rev. Resp. Dis., 124: 690-5, 1981.
08. FLEHINGER, B.J.; MELAMED, M.R.; ZAMAM, M.B.; HEELAN, R.T.; PERCHICK, W.B. & MARTINI, N. ____ Early Lung Cancer Detection: Results of the Initial (Prevalence) Radiologic and Cytologic Screening in the Memorial Sloan-Kettering Study. Am. Resp. Dis., 130: 555-560, 1984.
09. FONTANA, R.S.; SANDERSON, D.R.; TAYLOR, W.F.; WOOLLER, L.B.; MILLER, W.E.; MUHM, J.R. & UHLENHOPP M.A. ____ Early Lung Cancer Detection: Results of the Initial (Prevalence) Radiologic and Cytologic Screening in the Mayo Clinic Study. Am. Rev. Resp. Dis., 130: 561-5, 1984.
10. FROST, J.K.; BALL Jr., W.C.; LEVIN, M.L.; TOCKMAN, M.S.T.; BAKER, R.R.; CARTER, D.; EGGLESTON, J. C.; EROZAN, Y.S.; GUPTA, P.K.; KHOURI, N.F.;

- MARCH, B.R. & STITIK, F. ____ Early Lung Cancer detection: Results of the Initial (Prevalence) Radiologic and cytologic screening in the Johns Hopkins Study. Am. Rev. Resp. Dis., 130: 549-4, 1984.
11. HAMMAR, S.P. ____ Pulmonary Pathology. New York, ed. Springer-Verlag, 1988. p.727-837.
12. KABAT, G.C. & WINDER, E.L. ____ Lung Cancer in nonsmokers. Cancer, 53: 1214-21, 1984.
13. MINNA, J.D.; HIGGINS, G.A. & GLATSTEIN, E.J. ____ Cancer Lung. In: Cancer: Principles & Practice of Oncology. 2a. ed. Philadelphia, JB LIPPINCOTT, 19-5. p.507-41.
14. MINNA, J.D. ____ Neoplasms of the Lung. In: HARRISON'S Principles of Internal Medicine. McGRAN-HILBOOK COMPANY, 1987. p. 115-1123.
15. ROBBINS, S.L. & RANZI, C. ____ Patologia Estrutural e Funcional. 2a.ed. RJ, ED. INTERAMERICANA, 1983.
16. ROVIARO, G.C.; VAROLI, F.; ZANNINI, P.; FASCIANELLA, A. & PEZZUOLI, G. ____ Lung Cancer in the Young. Chest, 87: 4(april), 456-9, 1985.
17. SCOGGIN, C.H. ____ Pulmonary Neoplasms. In: Cecil

Textbook of Medicine. 18a.ed. New York, ED.
SAUNDERS, 1988. p. 457-64.

18. SHURE, D. & FEDULLO, P.F. ____ Transbronchial needle Aspiration of Peripheral Masses. Am. Resp. Dis., 128: 1090-92, 1983.
19. SILVA, L.C.C. ____ Compêndio de Pneumologia. 2a.ed.
São Paulo, FUNDO EDITORIAL BYK PROCIENX, 1983.
20. TISI, G.M.; FRIEDMAN, P.J.; PETERS, R.M.; PEARSON, G.; CARR, D.; LEE, R.E. & SELAWRY, O. ____ Clinical Staging of Primary Lung Cancer. Am. Rev. Dis., 127: 659-63, 1983.
21. VALAITS, J.; WARREN, S. & GAMBLE, D. ____ Increasing Incidence of Adenocarcinoma of the lung. Cancer, 47: 1042-1046, 1981.
22. YELLIN, A. & BENFIELD, J.R. ____ Editorials: Surgery for Broncogenic Carcinoma in the Eldery.

TCC
UFSC
CM
0014

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0014

Autor: Capano, Ana Cristi

Título: Carcinoma brônquico : estudo de



972801806

Ac. 253213

Ex.1 UFSC BSCCSM